



Excelentíssimo:

Prefeito

Secretario (a)

NOME: <i>Luiza Neuza Rodrigues</i>	CPF: <i>687 356 234-04</i>
------------------------------------	----------------------------

CARGO OU FUNÇÃO: <i>Agent C. de Saúde</i>	MATRICULA N°:
---	---------------

SECRETARIA:	LOCAL DE TRABALHO:
-------------	--------------------

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX^a. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMILIA
---	--

<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO
---	--

<input type="checkbox"/> FÉRIAS - GOZAR	<input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA
---	---

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO
--	----------------------------------

<input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO
--	---

<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME
-------------------------------------	--

<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO	<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PREMIO
--	--

<input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO
---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
--	---------------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito a concessão de licença prêmio apartir do primeiro de novembro de 2022 pelo período de 90 dias

Luiza Neuza Rodrigues
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: *18/10/2022*

Data: ___/___/___